1867
Lane Medical Lib

UEBER

# ILEUS.

---

**INAUGURAL - DISSERTATION**

ZUR

ERLANGUNG DER DOCTORWUERDE

IN DER

**MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHUELFE**

WELCHE

NEBST BEIGEFUEGTEN THESEN

MIT

ZUSTIMMUNG DER HOCHLOEBLICHEN MEDICINISCHEN FACULTAET

DER

UNIVERSITAET GREIFSWALD

**AM 7. AUGUST 1869,**

OEFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

**GERHARD MUELLER**

AUS WESTPHALEN.

---

**OPPONENTEN:**

**FR. AENSTOOTS,** DRD. MED.
**BR. EICHNER,** DR. MED.
**H. KERRIS,** DRD. MED.

---

GREIFSWALD.

DRUCK VON FR. HACHE.

SEINEN

LIEBEN ELTERN

AUS

# DANKBARKEIT

GEWIDMET

VOM

VERFASSER.

Mit dem Namen Ileus (Miserere Kothbrechen) bezeichnen wir einen durch die mehr oder weniger vollständige Undurchgängigkeit eines Darmstücks bedingten Symptomenkomplex, welcher zuletzt immer auf einer Umwandlung der normalen peristaltischen Darmbewegung in eine antiperistaltische beruht.

Die Bedingungen für dieses Krankheitsbild, als Endresultat des Darmverschlusses, können durch eine grosse Reihe mitunter vom anatomischen Standpunkte aus sehr verschiedener Prozesse gegeben sein.

Mit Rücksicht auf diese zahlreichen und mannigfaltigen aetiologischen Momente werde ich mich bemühen, selbige in klarer und übersichtlicher Weise zusammenzustellen.

Alle Abschnitte des Darmes können eine mehr oder weniger vollständige Unwegsamkeit erfahren; jedoch beobachtet man sie häufiger im Dickdarm als im Dünndarm, in welchem meist der untere Theil desselben, das Ileum, verengt oder undurchgängig gefun-

den worden ist, selten das Duodenum und Jejunum. Die hauptsächlichsten Ursachen für dieses pathologische Verhältniss sind nun entweder im Innern des Darmes selbst oder ausserhalb desselben gelegen.

**1. Verengerung oder vollständiger Verschluss durch innere Ursachen.**

Hierher sind ganz besonders zu rechnen alle Geschwüre der Darmschleimhaut, welche mit Substanzverlust und darauf folgenden zusammenschrumpfenden Narben einhergehen, wie z. B. die tuberculösen, dysenterischen und auch oft die katarrhalischen. Die krebsigen Infiltrationen der Schleimhaut und der übrigen Darmhäute geben ebenfalls und zwar nicht selten das aetiologische Moment für die Stenosen und Stricturen ab; ebenso hat man polypöse Exscrescenzen und sogar die Hypertrophie der Darmwandungen als disponirende Ursachen beobachtet, wenn auch sehr selten.

Eine zweite Reihe von innern Ursachen bilden die fremden Körper, wozu auch die Fäcalmassen zu zählen sind. Die massenhafte Anhäufung harter und trockner Faeces oder der im Darme selbst entstandenen steinigen Concremente, die aus eingedickten Faecalmassen und Niederschlägen von Tripelphosphaten und Kalksalzen bestehen, oder anderer fremden Körper, wie Kerne von Steinobst, zu einer Masse zuzammengeballter Askariden etc. kann das Darmlumen vollständig obstruiren Eine solche vollständige Verschliessung des Darmes durch eben genannte Darmcontenta kommt besonders leicht an solchen Stellen zu Stande, an wel-

chen mechanische Hindernisse, wie Darmknickungen und Adhäsionen, welche durch eine partielle Peritonitis entstanden sind, oder durch eine Compression von benachbarten Organen aus verengte Darmstellen, die Fortbewegung derselben beständig erschweren und verlangsamen. In andern Fällen scheint eine Atonie und Paralyse der Darmmuskulatur die Verstopfung des Darmrohrs durch die Darmcontenta zu begünstigen. Ja zuweilen giebt auch allein der Genuss von Nahrungsmitteln, aus welchen viel und fester Koth gebildet wird, wie der Genuss von Hülsenfrüchten und Brod, zu der Erschwerung und Verlangsamung in der Fortbewegung der Faeces Veranlassung.

**2. Verengerung oder vollständiger Verschluss des Darmes durch äussere Ursachen.**

Zu dieser Kategorie verdienen vorzüglich gezählt zu werden die äussern und innern Hernien, die innern Darmeinklemmungen, mögen sie beruhen auf physiologisch vorhandene Spalten und Oeffnungen im Bauchraum, oder was sich häufig findet, auf pathologisch gebildete Stränge und Pseudomembranen; die Axendrehungen des Darmes, die Compression der Darmschlingen durch Geschwülste und Vergrösserungen der benachbarten Organe, und auch die Intussusception des Darmes.

Was die innern Darmeinklemmungen anbetrifft, so liegen Beobachtungen vor, wo ein Darmstäck in das foramen Winslowii oder in angeborne Löcher und Spalten des Netzes und Gekröses eingeklemmt war.

Die sich vorfindenden Stränge und Pseudomembranen sind gewöhnlich das Produkt vorausgegangener Entzündungen.

Die Axendrehung des Darmes kann in der Art erfolgen, dass ein Darmstück sich um seine eigene Achse dreht, oder dass eine Darmschlinge sich um eine andere herumschlägt, oder dass das ganze Gekröse oder ein Stück desselben mit dem Darme sich um sich selbst herumwirft.

Die Compression findet meistens statt durch Bekkentumoren, durch mit Fäcalmassen gefüllte Darmschlingen oder durch den retrovertirten Uterus.

In Bezug auf die Intussusception oder die Einstülpung eines Darmstückes in ein anderes sind drei Schichten zu bemerken. Die äussere nennt man nach Rokitansky, die Scheidc oder das Intussuscipiens, die mittlere uud innere Schichte das Intussusceptum. Die gehinderte Wegsamkeit des Darmrohres kommt nun dadurch zu Stande, dass das zwischen der mittleren und inneren Sehichte sich befindende, mit hineingezerrte Gekrösstück des Intussusceptum durch diese Zerrung eine Krümmung desselben veranlasst, so das also in Folge dessen die Mündung des invaginirten Darmstückes von der Mitte nach der Wand der Scheide dislocirt und zu einer kleinen Spalte verengt wird. Nach Rokitansky sind die Einstülpungen gleich häufig im Dünn- und Dickdarm. Ungleichmässige Contractionen des Darmes, wobei entweder ein Darmstück sich in einem übermässigen Grade von Zusammenziehung und Bewegung, oder ein benachbartes in

einem hohen Grade von Erschaffung u. Erweiterung befindet, sind wohl die nächsten Bedingungen der Einstülpung. In einzelnen Fällen (Meckel, Devilliers) sah man sie durch einen gestielten Schleimhautpolypen entstehen.

Dies wären nun die wichtigsten und hauptsächlichsten disponirenden Momente für die mehr oder weniger vollständige Undurchgängigkeit des Darmes, und somit des Ileus. Je nach der Verschiedenheit dieser eben erwähnten Ursachen treten auch die Folgezustände verschieden auf und zwar entweder plötzlich und sehr akut, oder allmählig und schleichend. Einen rapiden und akuten Verlauf beobachtet man besonders bei den äussern und innern eingeklemmten Hernien, innern Darmeinklemmungen und Axendrehungen des Darmes. Einen langsamen und schleichenden Verlauf, wo erst nach und nach das schreckliche Krankheitsbild, der Ileus, deutlicher hervortritt, findet man meistentheils bei chronischer Enteritis mit einer zu gleicher Zeit auftretenden Peritonitis und dadurch bedingten Verwachsungen und Adhäsionen; ebenso auch bei langsam sich entwickelnder Paralyse und Atonie der Muskulatur eines Darmstückes, wodurch die Anhäufung der Fäcalmassen begünstigt wird. Zwei hierher gehörige Fälle, welche auch noch nach verschiedener Seite hin interressant sind, kann ich hier mittheilen, wovon ich selbst den einen auf der hiesigen medicinischen Klinik des Herrn Prof. Dr. Mosler zu beobachten die Gelegenheit hatte, und der zweite mir durch die Freundlichkeit des Herrn Dr. Pieper aus Stralsund mitgetheilt wurde, welcher denselben in Ge-

meinschaft mit Herrn Prof. Mosler und Herrn Dr. Grünberg in Stralsund in Behandlung hatte.

## Erster Fall.

Joh. B . . . . , 57. J. alt, aus Anclam, wurde am 11. Jan. 1869 in hiesige medicinische Klinik aufgenommen wegen Kothbrechens. Nach der Anamnese will Patient von seiner Jugend an bis zum Beginne seines jetzigen Leidens nie krank gewesen sein. Den Ursprung seines jetzigen Leidens leitete er von Unterleibsbeschwerden her, woran selbiger schon 15 Jahre lang laborirt haben will und welche in einem drückenden Gefühle im Unterleibe mit oft eintretender Verstopfung, die zuweilen mit starkem Durchfall abwechselte, bestanden hätten. Dabei sei sein Allgemeinbefinden ziemlich leidlich gewesen. Seit 14 Tagen aber hätte er eine plötzliche Steigerung jener Beschwerden bemerkt, welche sich vorzüglich dadurch characterisirt habe, dass keine Abwechslung zwischen Stuhlverstopfung und Durchfall eingetreten, sondern die Stuhlverhaltung konstant geblieben sei. Aerztliche Hülfe war bis dahin ohne Erfolg geblieben. Wiederholte Lavements hätten zwar Anfangs sehr spärliche, hartgeballte Kothmassen herausbefördert, jedoch sei späterhin dieses Verfahren ohne jegliches Resultat geblieben. Dabei sei eine stärkere Steigerung des Unwohlseins, Appetitlosigkeit, schmerzhafte Ausdehnung des Bauches, Brechneigungen und ein nie vorher so stark ausgeprägtes Angstgefühl eingetreten, welche Symptome

ihn schliesslich veranlasst hätten, bei Herrn Prof. Mosler Hülfe zu suchen.

Der stat. praesens zeigte einen Kranken, dessen blasse Gesichtsfarbe und ängstlicher Gesichtsausdruck, dessen ganzer Körperbau mit schwacher Muskulatur und erheblicher Reduction des Unterhautfettgewebes ein schweres Leiden verrieth. Die Respiration war durch den stark meteoristisch aufgetriebenen Bauch behindert Die Palpation desselben schien nicht übermässig schmerzhaft zu sein, und man konnte sich dadurch von einem eigenthümlichen Kollern in den Eingeweiden überzeugen. Der Percussionsschall war tympanitisch, ging aber nach beiden Seiten hin, besonders nach der linken, in einen mehr gedämpften Schall über.

Die Temp. betrug 38,4° Cels., die Pulsfrequenz 112 in der Minute. Der Puls klein und unregelmässig. Am folgenden Tage stellte sich nach einer sonst ziemlich ruhig zugebrachten Nacht gegen Morgen Erbrechen ein. Das Erbrochene war von dünnflüssiger Beschaffenheit, gelblicher Farbe und deutlich fäkalem Geruche. Die nun wiederholte Untersuchung ergab dieselben Resultate wie am Tage vorher. Die Ergänzung derselben durch die Exploratio per anum brachte auch kein anderes Ergebniss, als dass man eine kleine, divertikelartige Ausbuchtung des Rectum konstatiren konnte.

Auf Grund dieser Symptome wurde die Diagnose auf Ileus gestellt, der einer vorausgegangenen Peritonitis seine Entstehung verdanke..

Angewandt wurden $\frac{1}{4}$ stündl. Eispillen, ferner Ol. Ricin. in Verbindung mit Ol. Crot. (2 gtt. auf 100 grm. Ol. Ricin.) zusammen mit Aqu. Menth. crisp. und Tinct. Chinae. compos., sowie forcirte mässige Injectionen von Wasser. Am folgenden Tage dieselbe Therapie. Vermittelst der Meyer'schen Pumpe wurden Morgens gegen 3 Quart Wasser injicirt, so dass man äusserlich wahrnehmen konnte, wie das Colon transversum sich ausdehnte Darauf erhielt der Patient ein lauwarmes Bad von $\frac{3}{4}$ St. Im Laufe des Tages nahm er die erst erwähnten Mittel. Gegen Abend wurde wieder eine starke Injection gemacht, jedoch nahm der Darm nicht mehr dieselbe Menge des Wassers auf, wie am Morgen.

Auch diese Behandlung blieb erfolglos, und es erfolgte der Tod am 13. Morgens plötzlich in Folge von Collapsus. Von der an demselben Tage durch Herrn Professor Grohe vorgenommenen Section sind folgende Befunde zu erwähnen:

Bedeutende Abmagerung, sehr prall gespannte Bauchdecken, durch die hochgradige Ausdehnung des Unterleibes verkleinerter Thoraxraum, sämmtliche Organe desselben nach aufwärts gedrängt. Lungen vielseitig mit der Pleura verwachsen, stark aufgebläht, besonders die linke, welche an der Spitze des Oberlappens einen derben Knoten durchfühlen liess und stark ödematös war. Die rechte Lunge an der Spitze des Oberlappens retrahirt, unter welcher Stelle sich eine wallnussgrosse Induration mit käsiger Masse befand. Auch war starkes Oedem, wie auch Hypostasen zu bemerken. Das Herz

zeigte ausser einem 1 Thaler grossen Sehnenflecke keine anderen Anomalien. Bei Eröffnung der Bauchhöhle zeigten sich die stark ausgedehnten Dünndarmschlingen, die den ganzen Bauchraum ausfüllten. Leber und Milz verkleinert, mit dem Diaphragma verwachsen und nach Oben gedrängt. Nieren normal, mit Ausnahme der linken atrophischen Nebenniere. In der Bauchhöhle ein reichlicher Erguss von Flüssigkeit. An der Oberfläche der Darmschlingen keine Injectionsröthe. An der Seite derselben markirten sich perlschnurartige Lymphgefässe. Beim Ausbreiten der Dünndarmschlingen fand sich eine leichte Axendrehung in der Richtnng der Wurzel des Mesenterium, welches an der vorderen Seite eine Injectionsröthe besass und dessen Drüsen ziemlich stark geschwollen waren. Bei näherer Besichtigung stellte sich heraus, dass drei Darmschlingen um ihren Ansatz herumgedreht waren. Das Colon descendens war auf Daumendicke kontrahirt und dabei komprimirt, ebenso die flexura lienalis. Der Dünndarm war nun vom Duodenum aus bis zu einer Stelle des Ileum abgelöst, an welcher Stelle sich dann eine Fixirung der Darmschlingen durch alte, strangförmige Adhäsionen von der Mesenterialseite des Darmes her zeigte. Das Lumen des unteren Endes des Ileum war in einer Länge von ungefähr 1½ Zoll so verengt, dass man den kleinen Finger nicht hindurchführen konnte. Weiterhin war der untere Bogen des S— Romanum in einer Ausdehnung von 2 Zoll mit 2 tiefer gelegenen Dünndarmschlingen verwachsen. Die ganze Darmpartie wurde darauf in continuo herausgenommen, und es er-

gab sich eine narbige Verdickung des eben besprochenen untersten Abschnittes des Ileum, über der verengten eine starke Erweiterung und grosse Mürbigkeit der Darmwandungen. Der Inhalt war flüssig, gelblich und mit Fettropfen versehen. Die Schleimhaut des Darmes bis zur Strictur hin war ohne jegliche Veränderung. Ebenso zeigte die Schleimhaut hinter der Strictur nichts Abnormes. Der Durchmesser der verengten Stelle am S— Romanum war der Art, dass man noch mit einem Finger hindurchkommen konnte. Oberhalb dieser Strictur enthielt der Dickdarm normal gefärbte Scybala. Die Schleimhaut des Rectum hatte ein schieferiges Aussehen, und an der Rückseite desselben fand sich eine 4½ Zoll grosse eitrige Zerstörung des umliegendeu Binde- und Fettgewebes und ein in der dadurch entstandenen Höhle flottirendes, nekrotisches Stück. Das Peritonaeum war verdickt, eine Peritonitis frischen Datums war nicht nachzuweisen. Der Magen zeigte eine eigenthümliche, flaschenförmige Gestalt, stark kontrahirte Muskelfasern, einen stark verdickten serösen Ueberzug und eine schiefrig aussehende Schleimhaut. Der Inhalt desselben war derselbe wie im Dünndarm. Das Mesenterium, wie das Omentum war fettlos. Durch diese Befunde wurde also unsere Diagnose bestätigt. Die Residuen der chronischen Enteritis und der dadurch sekundär und partiell entstandenen Peritonitis lagen klar zu Tage. Die leichte Axendrehung in der Richtung der Wurzel des Mesenteriums kann meiner Ansicht nach nur als eine spätere, durch die eigene Schwere der gefüllten Dünndarm-

schlingen hervorgerufene Complikation betrachtet werden. Was die Stenose am S— Romanum anbetrifft, so ist dieselbe im gegebenen Falle nur als eine sekundäre Compressionsstenose zu betrachten, bewirkt durch den Druck der gefüllten Dünndarmschlingen auf den Dickdarm, welcher am häufigsten solche Stenosen enthält. Denn indem er in jeder Hinsicht fixirt ist, ist er nicht so beweglich wie der Dünndarm, welcher eben durch seine Beweglichkeit und besonders, wenn er noch gefüllt ist, z. B mit Flüssigkeiten an seinem Gekröse sich leicht zu einer Masse zusammenballen kann, und so die Compression herbeiführt.

## Zweiter Fall.

Frau E., 53 J. alt, hat früher häufig an Hämoptoe gelitten. Seit etwa 3 — 4 Jahren hatte dieses Lungenleiden nachgelassen, so dass sich Patientin darauf ganz wohl befand. Im vorigen Herbste will sie mehrfach Diätfehler begangen haben, und von dieser Zeit an hätten sich öftere Verdauungsstörungen eingestellt. Darauf sei häufig Verstopfung und gleich nach dem Essen heftiger Leibschmerz aufgetreten. Von Zeit zu Zeit wären die Schmerzen heftiger geworden und von Erbrechen begleitet gewesen.

Bei der Untersuchung zeigte sich eine Stelle im Epigastrium, dem fundus ventriculi entsprechend, besonders schmerzhaft, sonst war nichts Abnormes am Abdomen zu bemerken. Die Diagnose wurde nun vorläufig auf ein ulcus ventriculi gestellt. Die Behandlung bestand hauptsächlich in diätetischen Massregeln, be-

sonders Milchdiät. Bei Stuhlverhaltung wurde Karlsbader Salz und ein Klysma, und sobald die Kardialgie zu heftig wurde, Morphium verabreicht. Im Frühling trank Patientin Karlsbader Mühlbrunnen und befand sich darnach sehr wohl.

Am 2ten Pfingsttage dieses Jahres bekam Patientin wieder einen heftigen Anfall von Kardialgie, der sich nach Morphium mässigte. Wegen der Sistirung des Stuhlgangs wurde Ol. Ricin. verordnet, worauf an demselben und folgenden Tage reichliche Stuhlentleerung erfolgte. Die Kardialgie dauerte aber im mässigen Grade fort und man hörte und fühlte bei der Palpation des Bauches vieles Kollern. Am 22. Mai wurde wiederum Ol. Ricin. gereicht. Im Laufe des Nachmittags aber wurden die Magenschmerzen stärker, es erfolgte wenig Stuhlgang, aber ohne dass Linderung eintrat. Von jetzt an vermehrten sich sogar die Schmerzen, und es entstand Uebelkeit und Erbrechen. Gegen den andern Morgen stellte sich Kothbrechen ein; die Patientin war pulslos, kalt an Händen und Füssen, von stark kollabirtem Aussehen und hatte einen sehr aufgetriebenen Leib, welcher in der Nabelgegend mässig schmerzhaft war. Der Gedanke an eine Perforation des ulcus lag erst nahe, jedoch blieb er unwahrscheinlich wegen der geringen Empfindlichkeit des Abdomens. Verordnet wurden feuchtwarme Umschläge, Eispillen, stündl. 20 gtt. Tinct. Valer. aether. und Wein. Um 9 Uhr Morgens war noch derselbe Zustand da; um 11 Uhr hatte der Puls sich etwas gehoben, und das Aussehen der Kranken war etwas besser. Das Kothbre-

chen dauerte aber fort. Um 2 Uhr Mittags war der Puls kräftiger, das Erbrechen hatte aufgehört, aber immer noch starke Uebelkeit. Es wurden Eispillen verordnet, Tinct. Valer. abwechselnd mit Spirit. aether. und Tinct., thebaic., Einreibungen des Bauches mit Ung. hydrarg. ciner. und Extr. Belladonna und darüber feucht warme Umschläge. Um 4 Uhr erfolgte reichlicher Stuhlgang, der Puls war wieder kräftig, die Wärme in die Extremitäten zurückgekehrt, das Allgemeinbefinden leidlich, Am folgenden Tage erfolgte reichlicher Stuhlgang von selbst, doch war derselbe sehr hart. Desshalb wurde eine Injection von warmem Wasser gemacht, wonach sich enorme Kothmassen entleerten. Die Injectionen wurden mehrere Tage hindurch fortgesetzt. Nach 8 Tagen fühlte sich Patientin bis auf eine grosse Schwäche ganz wohl und konnte als geheilt betrachtet werden.

In diesem Falle ist die Diagnose des Ileus gesichert. Als höchst wahrscheinlich aber kann die Annahme gelten, dass die Atonie, eines Darmstücks, vielleicht bedingt durch die habituelle Stuhlverstopfung, die Ursache für das Auftreten des Ileus gewesen ist. In früheren Zeiten, wo die pathologische Anatomie den jetzigen blühenden Aufschwung noch nicht erreicht hatte, nannte man den auf solche Weise entstandenen Ileus nervösen oder krampfhaften Ileus (Ileus spasticus), welcher sich spontan entwickle. Jedoch ist man in der Jetztzeit von der Ansicht des sich spontan entwickelnden Ileus abgegangen, und nimmt eben an, dass in solchem Falle der Ileus auf Atonie oder Paralyse eines Darmstücks

beruhe. Denn durch die Atonie wird der Ansammlung von Fäcalmassen Vorschub geleistet; die normale peristaltische Bewegung ist durch die lokale Lähmung aufgehoben. Das oberhalb der gelähmten Stelle gelegene Darmrohr erweitert sich und verliert dadurch an Energie. So erstreckt sich dann die Anhäufung der Fäcalmassen bis in die gesunden Darmpartieen, worin dann eine Umwandlung der peristaltishen Bewegung in die antiperistaltische stattfindet. In Folge hiervon treten die Darmcontenta in den Magen und es entsteht so das Kothbrechen.

Was die Symptomatologie des Ileus anbelangt, so erhellt dieselbe schon aus dem bis jetzt Gesagten. Denn nur dann kann von Ileus die Rede sein, wenn durch die, durch die Unwegsamkeit des Darmrohrs bedingte antiperistaltische Bewegung Anfangs Speise und Trank, später gallige und schleimige, oft schon nach Koth riechende Massen, und endlich wirklich Koth erbrochen wird. Starke Kolikschmerzen, Brechneigungen, Meteorismus, intensive Unterleibsentzündung, grosse Empfindlichkeit des Bauches, Depression des Nervensystems, kleiner und unregelmässiger Puls, unlöschbarer Durst, schneller Collapsus, kalte Extremitäten sind gewöhnlich die begleitenden Symptome des Kothbrechens. Beobachtet man unter diesen Umständen den Unterleib, so gewahrt man, wenn die Bauchdecken nicht allzu dick sind, die ausgedehnten, durch Furchen von einander getrennten Darmwindungen an der vorderen Bauchfläche, welche dadurch ein unebenes Aussehen erlangt, und betrachtet man die Hervorwölbungen der

Darmschlingen sehr aufmerksam, so kann man oft eine wellenartig fortschreitende, kräuselnde Bewegung sehen.

Alle diese Erscheinungen erleiden nun nach der Art der Entstehnng der Undurchgängigkeit des Darmes als auch nach dem Sitze der Stenose gewisse Modificationen.

Die Diagnose ergiebt sich meist aus dem bis jetzt Gesagten. Wenn die Erscheinungen der Darmstenose acut auftreten, so könnte leicht eine Verwechslung mit allgemeiner Peritonitis stattfinden. Doch unterscheidet sie sich in der Regel durch die Art des Schmerzes, welcher sich bei der Stenose auf eine kleinere Stelle beschränkt und von da ausstrahlt, wohingegen bei der Peritonitis der Schmerz über den ganzen Unterleib verbreitet ist. Kothbrechen kommt zwar auch bei der allgemeinen Peritonitis doch nur äusserst selten vor. Bei langsamer Entwickelung der Erscheinungen bei der Stenose ist eine Verwechselung mit chronischem Magen- und Darmkatarrh und habitueller Stuhlverstopfung möglich. Die genaue Berücksichtigung der Anamnese, eine sorgfältige, öfters wiederholte Untersuchung, bei welcher besonders auf die beständige Ausdehnung des Leibes und die früher erwähnte sichtbare wurmförmige Bewegung einzelner Darmschlingen zu achten ist, wird in solchem Falle bald das Wesen der Krankheit erkennen lassen.

Lassen nun die Symptome auf eine Darmstenose mit Sicherheit schliessen, so ist weiterhin soweit als möglich die zu Grunde liegende Ursache und der Ort derselben zu bestimmen. Wohl bei keinem Krankheits-

bilde ist die frühe, genaue und bestimmte Erkenntniss der dasselbe veranlassenden Ursache so wünschenswerth, als gerade beim Ileus, Wie manches Menschenleben könnte hierdurch dann oft durch ein einfaches Purgirmittel oder einige Klystiere, oder selbst noch durch eine allerdings gewagte, aber nicht hoffnungslose Operation gerettet werden! Deshalb soll man immer auf das Genaueste die Anamnese, ob die Symptome plötzlich und ohne eine vorausgegangene Krankheit, oder allmählig und schleichend aufgetreten sind, ermitteln; soll nie versäumen, den Schenkel- und Leistenkanal genau zu untersuchen, da das Uebersehen eine Hernie zu den traurigsten Folgen führen kann. Niemals soll man die Untersuchung des Mastdarms mittelst des Fingers oder der Sonde vernachlässigen, weil gerade die Mastdarmstenosen für die Behandlung von besonderer Wichtigkeit sind. Auf diese Weise, also durch die genaue Ermittelung der anamnestischen Momente und durch eine exacte Untersuchung ist es in manchen Fällen möglich, die Krankheitsursache zu ermitteln.

Die Prognose beim Ileus ist, auf welcher Ursache er auch beruhen mag, eine sehr missliche Ist das Hinderniss für die normale Defaecation nicht zu entfernen, so ist sie ganz adsolut ungünstig. Totale Erschöpfung, Lähmung des Darmes, Compression der Lunge und gehinderte Respiration, Perforation des Darmes an der verengten Stelle oder über derselben durch brandige, von der Schleimhaut ausgehende Verschorfung führen rasch den Tod herbei.

## Therapie.

Das Hauptaugenmerk ist bei der Behandlung auf die Diät zu richten. Dieselbe muss so beschaffen sein, dass so wenig Faeces als möglich bereitet werden. In Folge dessen ist dem Kranken eine Nahrung von Eiern, starker Fleischbrühe und von reinem Muskelfleische mit zarten Fasern zu empfehlen.

Die peritonitischen Erscheinungen sind antiphlogistisch durch Eisumschläge, Blutentziehungen, narkotische Einreibungen und Fomente, und Bäder zu behandeln.

Bedingen Geschwülste benachbarter Organe die Erscheinungen der Darmstenose, so kann man versuchen, sie, wenn es möglich ist, auf operativem Wege zu entfernen oder ihnen durch eine zweckmässige Lagerung des Körpers oder durch Bandagen eine andere Lage zu geben. Retroversionen des Uterus müssen reponirt, Ovariencysten durch die Punction entleert werden. Mastdarmstricturen, denen man beikommen kann, müssen dilatirt werden; kann man ein invaginirtes Darmstück vom Mastdarm aus erreichen, so versuche man selbiges durch vorsichtiges Einführen einer Schlundsonde, an deren Spitze man einen Schwamm befestigt hat, zu reponiren. Ist dieses Verfahren erfolglos, so kann man es durch reichliche Einspritzungen von Wasser oder Eintreibung von Luft zurückzubringen versuchen.

Wo das rapide und plötzliche Eintreten der Krankheitserscheinungen, ohne das eine andere Krankheit vorausgegangen und keine andere mechanische Ursache vorhanden ist, eine innere Einklemmung oder Axendrehung vermuthen lässt, kann man kräftige Abführmittel, eröffnende Klystiere und Injectionen von Wasser, und zwar gewöhnlich lauwarmem, mittelst eines Klysopompes oder der Meyer'schen Pumpe, welche beide am besten mit einem elastischen Ansatzrohre versehen sind, um so hoch wie möglich in den Mastdarm hinaufzukommen, anwenden. Auch in solchen Fällen, wo während einer langsamen und schleichenden Entwickelung der Symptome, welche auf eine narbige Verengerung des Darmes durch Geschwüre oder durch eine krebsige Entartung schliessen lassen, ein acuter durch Kothanhäufung bedingter Ileus auftritt, ist ebendasselbe Verfahren einzuleiten. — In früherer Zeit wurde mit Vorliebe sehr häufig metallisches Quecksilber angewandt, und wurde entweder rein oder mit Oel, Honig gemischt unzenweise gegeben (Paré, Hufeland); ebenso war auch im Gebrauch das Verschlucken von Blei- und anderen Metallkugeln. Dieses Verfahren aber ist sehr gefährlich, und man wendet es in der Neuzeit mit Recht gar nicht oder doch nur in sehr verzweifelten Fällen an.

Vor nicht langer Zeit ist auch die Electrizität in Anwendung gezogen worden, so von Clarkson und Leroy d'Etiolles. Der erstere setzte die Electroden auf die ausgedehnten Stellen des Unterleibes; der andere

führte den einen Pol in den Mund, den zweiten in den Mastdarm ein. Bis jetzt ist von diesem Verfahren, welches ganz unschädlich ist, noch wenig Erfolg gesehen; vielleicht werden fortgesetzte Versuche einigen Vortheil erwarten lassen.

Wenn nun alle diese genannten Mittel ohne Erfolg bleiben, so steht uns noch in den meisten Fällen ein wirklich schätzenswerthes Mittel zu Gebote. Es besteht in dem operativen Einschreiten. Früher unternahm man in solchen betreffenden Fällen die Laparotomie, welche Operation durch die weite Eröffnung der Bauchhöhle, um das Hinderniss aufzufinden, somit durch die Verletzung des Peritonaeums, eminent gefährlich ist. Daher wurde dieses Verfahren als ein ganz erfolgloses verlassen. Darauf aber brachte es Maisonneuve und Nélaton wieder zu Ehren, indem sie es modificirten, und es dadurch zu einem weniger gefährlichen machten. Sie legten nämlich eine Kothfistel an, machten also die Colotomie, welche nach den statistischen Angaben wirklich gefahrloser ist, als die Laparotomie. Nelaton hat bei solchen Verhältnissen 4 mal die Colotomie mit günstigem Erfolge gemacht, und mit Recht ist dieses operative Einschreiten von Tüngel und Wachsmuth lebhaft und auf das Wärmste empfohlen worden. Natürlicher Weise kam von diesem Verfahren nur die Rede sein, wenn das Auftreten des Ileus bedingt ist durch die Verengerung oder den Verschluss des Rectum und des Colon descendens.

Der Werth und den Nutzen dieser verschiedenen Behandlungsarten erhellt meistens aus den angegebenen Causalmomenten. Denn weil die Diagnose dieser Zustände am Krankenbette ja mehr oder weniger unmöglich ist, kann die Therapie auch nur demgemäss eine symptomatische, eine rein empirische sein.

# Lebenslauf.

Gerhard Müller, geb. zu Schöppingen in Westphalen am 9. Juli 1845, Sohn des Gastwirth H. Müller zu Schöppingen, kath. Confession, erhielt seine Schulbildung auf der Realschule zu Münster, der Rectoratschule zu Beckum und auf dem Gymnasium zu Rheine. Vom dem letzteren im Herbst 1865 mit dem Zeugnisse der Reife entlassen, besuchte er während des ersten Semester als stud. philos. die Akademie zu Münster, während der folgenden 7 Semester als stud. med die Universität Greifswald, woselbst er am 7. August 1867 das tentamen physicum und. am 19. Juli 1869 das Examen rigorosum bestand.

In seiner Studienzeit hörte er Vorlesungen in Münster bei den Herrn Professoren Karsch und Hittorf;

in Greifswald bei den Herren Professoren Budge, Landois, v. Feilitzsch, Münter, Limpricht, Grohe, Bardeleben, Hueter, Mosler, Laurer, Pernice, Schirmer, Dr. Krabler, Dr. Haeckermann, Dr. Arndt, Dr. Otto.

Verfasser benutzt diese Gelegenheit, allen seinen hochverehrten Lehrern seinen wärmsten und herzlichsten Dank auszusprechen.

# Thesen.

## I.

*Bei Gebärenden ist die Chloroform-Inhalation erst bei dem Extractionsacte nach der Perforation und Cephalotripsie gerechtfertigt, aber nicht bei dem eigentlichen Perforationsacte.*

## II.

*Beim pes varus ist die Tenotomie nicht absolut nothwendig.*

## III.

*Bei Mastdarmstenosen und Stricturen des Colon descendens ist bei richtiger Diagnose die Colotomie ein schätzbares Mittel für die Bekämpfung des dadurch bedingten Ileus.*